|  |
| --- |
| **Welche Einrichtung betrifft die Beschwerde?**Marienhospital GE ⬜ Sankt Marien-Hospital Buer ⬜ Elisabeth-Krankenhaus Erle ⬜ St. Barbara-Hospital Gladbeck ⬜ St. Antonius-Krankenhaus BOT-Kirchhellen ⬜ St. Josef-Hospital GE-Horst ⬜ |
| **Beschwerdeführer (wer sind Sie?):**Name, Vorname: |  |
| Straße: |  |
| PLZ/Ort: |  |
| Telefon: |  |

**Sie beschweren sich als:**

⬜ Patient ⬜ Angehöriger/ ⬜ Besucher von: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (Name des Pat.)

⬜ Sonstige: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Patientendaten:**

Geb.-Datum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Station: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ggf. Rechnungsnr.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Beschwerde über:** ⬜ ärztlicher Dienst ⬜ Station/Pflege ⬜ Ambulanz ⬜ Rechnung

**Beschwerdegrund:**

⬜ fehlende Fachkompetenz ⬜ fehlende Hilfestellung ⬜ Unfreundlichkeit

⬜ Kommunikation/Aufklärung ⬜ Ablauf Entlassung ⬜ Wartezeit

⬜ Verpflegung ⬜ Unterbringung/Ausstattung ⬜ Hygiene

⬜ Zusatzkosten/Gebühren ⬜ Behandlung/Therapie/Maßnahmen ⬜ Diskriminierung

**Freitext** (Formulieren Sie bitte kurz den Grund der Beschwerde und evtl. Vereinbarungen, ggf. Rückseite nutzen)

Datum Unterschrift (Beschwerdeführer)

**Bitte schicken Sie den Beschwerdebogen per Post, Fax oder Email an das Qualitätsmanagement**

St. Augustinus Gelsenkirchen GmbH, Virchowstr. 122, 45886 Gelsenkirchen, qm@st-augustinus.eu